Ueber die strafrechtliche Verantwortung des Arztes.

Stanford University Library
NOV
16
1904

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Karl Thews,
Arzt.

Promotion: Freitag, den 27. Mai 1904, 12 Uhr.

Königsberg i. Pr.
Buch- und Steindruckerei von Otto Kümmel.
1904.

Gedruckt mit Genehmigung der
medizinischen Fakultät der Königl. Albertus-Universität
zu Königsberg i. Pr.
Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Garrè.

Meinen

lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/ueberdiestrafrec0000unse

Die strafrechtliche Haftbarkeit der Aerzte für verschuldete Misserfolge ihres Heilverfahrens war in früherer Zeit verschieden beurteilt und geregelt. Die alten Aegypter straften jeden Arzt mit dem Tode, wenn er von den ihm gelehrten Vorschriften der priesterlichen Heilkunst abwich, selbst wenn der Erfolg ein günstiger gewesen. Bei den Römern war der Arzt niemals verantwortlich, selbst wenn der Tod durch sein Tun und Lassen eingetreten. Das Gesetz der Westgoten lieferte den Arzt, welcher durch ein Verfahren beim Aderlassen tötete, den Verwandten des Getöteten aus, um nach Belieben über ihn zu schalten. Die peinliche Halsgerichtsordnung Karl V. hielt den Arzt für sein Verschulden strafbar. Art. 134 heisst: „Straff so eyn artzt durch sein artzenei tödtet. Item so eyn artzt aus unfleiss oder unkunst und doch unfürsetzlich jemandt mit seiner artzenei tödtet, er findt sich dann durch die gelerten und verstendigen der artzenei, dass er die artzenei leichtfertiglich und verwegentlich missbraucht, oder sich ungegründeter unzulessiger artzenei, die im nit gezimbt hat, unterstanden und damit eynem zum todt ursach geben, der soll nach gestalt und gelegenheyt der sachen und radt der verstendigen gestrafft werden, und in een disem fall allermeyst achtung gehabt

werden auf leichtfertige leut, die sich ärtzeney unterstehen und der mit keynem grundt gelernet haben: Hatt aber ein artzt solch tödtung williglich gethan, so war er als ein fürsetzlicher mörder zu strafen". Diese Verordnung war aus der Carotina in die brandenburgische peinliche Gerichtsordnung des Kurfürsten Georg Friedrich aufgenommen. Das allgemeine Landrecht hingegen kennt keine besonderen Strafbestimmungen für Verletzungen der Berufspflichten der Medizinalpersonen. Nur die allgemeinen strafrechtlichen Bestimmungen waren massgebend bei den richterlichen Beurteilungen etwaiger ärztlicher Kunstfehler. Auch das preussische Strafgesetzbuch hat besondere Bestimmungen nicht getroffen. Hier kamen lediglich die allgemeinen Bestimmungen in Betracht. Jedoch konnte nach § 184 derjenige, welcher zu der Aufmerksamkeit oder Vorsicht, welche er bei der fahrlässigen Tödtung aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war, neben der Gefängnisstrafe von zwei Monaten bis zu zwei Jahren, auf eine bestimmte Zeit, welche die Dauer von fünf Jahren nicht übersteigen darf, oder auch für immer zu einem solchen Amte für unfähig oder die Befugnis zur selbständigen Betreibung seiner Kunst oder seines Gewerbes verlustig erklärt werden. Ebenso bestimmt § 198, dass bei fahrlässiger Körperverletzung etc. mit Uebertretung der Amts- oder Berufspflicht die Bestrafung auch ohne Antrag stattfinden soll. Auch in dem neuen Deutschen Strafgesetzbuch findet sich keine das ärztliche Handeln direkt betreffende Bestimmung. Nach diesem können folgende Paragraphen zur Anwendung kommen.

§ 222. Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft. — Wenn der Thäter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war, so kann die Strafe bis auf fünf Jahre erhöht werden.

§ 230. Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung eines andern verursacht, wird mit einer Geldstrafe bis zu 900 Mark oder mit Gefängnis bis zu zwei Jahren bestraft. — War der Thäter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet, so kann die Strafe auf drei Jahre erhöht werden.

§ 232. Die Verfolgung leichter vorsätzlicher, sowie aller durch Fahrlässigkeit verursachten Körperverletzungen tritt nur auf Antrag ein, insofern nicht die Körperverletzung mit Uebertretung einer Amts-, Berufs- oder Gewerbepflicht begangen worden ist.

Mit diesen allgemeinen Bestimmungen nicht zufrieden, verlangte v. Nussbaum, begeistert durch die grossartigen Erfolge, die man unter Anwendung der Lister'schen Verbandmethode erzielt haben wollte, strengere Strafbestimmungen für vom Arzte begangene Fehler. Nach ihm sollte die damalige Wundbehandlungsart auf dem Verordnungswege geregelt und jeder Arzt zur Strafe gezogen werden, der bei der Behandlung von Verletzungen einen Misserfolg erzielen würde. In seiner Schrift „Einfluss der Antiseptik auf die gerichtliche Medizin“ sagt v. Nussbaum: „Eine Anschauung,

welche bei allen Verwundungen und Operationen in betreff der Gefahr und des Heilresultates nahezu die wichtigste ist, hat sich in den letzten Jahren so sehr geändert und ist für die Handlung am Krankenbette sowohl, als wie für die Beurteilung der vorhandenen Gefahren so reformatorisch geworden, dass ich glaube, die forense Medizin kann diese Reformation der Chirurgie nicht länger mehr ignorieren; denn haben auch einige hervorragende Gerichtsärzte bereits ihr Augenmerk darauf gelenkt, so ist dies ungenügend, wenn nicht Gesetze oder Verordnungen bestimmen, wie weit man diese Reformation berücksichtigen könne, dürfe und müsse.

Jetzt ist es kein Zufall mehr, sondern jetzt wissen wir bestimmt, dass wir einen gefahrlosen Heilverlauf erzielen, wenn wir die Einwirkung der Fäulniserreger auf die Wunde verhindern. Allein mit dieser Tatsache, womit wir einen grossen Fund gemacht, mit dieser Tatsache wuchs auch die Verantwortung. Steht es einmal fest, dass die oft so gefährliche Wundreaction verhindert werden kann, so ist es eine unausbleibliche Folge, dass die Unterlassung der antiseptischen Regeln zur Fahrlässigkeit wird."

Um nachzuweisen, dass diese Forderung von Nussbaum's damals ganz unberechtigt gewesen ist und dass sie auch heute nicht durchgeführt werden kann, muss ich kurz auf die Entwickelung der Wundbehandlung seit Lister eingehen.

Die trostlosen Resultate, die in der vorantiseptischen Zeit bei der Wundbehandlung erzielt wurden, veranlassten Lister nachzuforschen, wo die Ursache für diese

schlechten Erfolge zu suchen sei und gleichzeitig durch zweckmässigere Versorgung der Wunden günstigere Bedingungen für ihre Heilung zu schaffen.

Lister ging von dem Gedanken aus, dass jede Störung des normalen Heilverlaufs einer Wunde durch von aussen eindringende Fäulniserreger bedingt sei. Daraufhin führte er eine Wundbehandlung ein, welche bezweckte, von der Wunde alle Schädlichkeiten fernzuhalten, ferner die bereits in die Wunde eingedrungenen Schädlichkeiten zu vernichten. Um dies zu erreichen, hatte Lister eine höchst komplizierte Methode ersonnen, deren wesentlichstes Attribut die 5% Karbolsäurelösung war. Mit dieser Lösung wurde alles was mit der Wunde in Berührung kam, Hände und Arme des Operateurs, Operationsfeld, Unterlagen, Instrumente, Verbandzeug und Nähmaterial desinfiziert, während die Wunde selbst mit einer $1^1/_2$% Lösung gereinigt wurde. Um ein Herabfallen von Fäulniserregern aus der Luft auf die Wunde zu verhindern, wurde während der ganzen Operation $2^1/_2$% Karbolsäurelösung durch einen Sprayapparat im Zimmer zerstäubt, so dass der ganze Operationsraum in einen feinen Karbolnebel gehüllt war. Jeder Verbandwechsel wurde gleichfalls unter Karbolspray vorgenommen. Für Abfluss des Wundsekretes wurde durch Einlegen von Gummiröhrchen in die Wundwinkel ausgiebig gesorgt. Zum Verband selbst wurde eine grosse Menge Materialien gebraucht, die alle mit Karbol durchtränkt waren, um dadurch die zur Wunde dringende Luft ihrer schädlichen Beimengungen zu berauben. Direkt auf die Wunde wurde Protektiv Silk gelegt, um die

Wunde vor zu inniger Berührung mit der Karbolsäure zu schützen. Hierauf wurden weit über die Wundränder hinaus acht Schichten Gaze gelegt, welche die Wundsekrete aufsaugen und Zersetzung derselben verhindern sollte. Nach aussen hin wurde diese Schicht durch einen für Luft impermeablen Stoff, Makintosh, abgeschlossen. Dieser sollte das Durchdringen der Wundsekrete an die Oberfläche und damit die zersetzende Einwirkung der äussern Luft auf die Sekrete verhindern.

Diesem ursprünglichen Lister-Verbande hafteten bedeutende Mängel an. Vor allen Dingen war er zu kompliziert und zu kostspielig. Dann war die Karbolsäure kein so wirksames und dabei ein gefährliches Antiseptikum. Experimente ergaben, dass die Karbolsäure in schwachen Lösungen nicht wirksam genug war, um die in der Wunde bereits befindlichen Bakterien abzutöten; in starker Konzentration aber reizte sie die Gewebe, vermehrte die Sekretion und hinderte so eine schnelle Verklebung der Wundränder. Dazu kam die Gefahr der Resorption von der Wunde aus und damit die Gefahr der Karbolintoxikation und des Karbolmarasmus. Diese Umstände veranlassten das Suchen nach einem für den Organismus weniger gefährlichen, für die Bakterien aber trotzdem wirksamen Antiseptikums. Es folgte die Einführung einer ganzen Reihe neuer Antiseptika in der Chirurgie. Alle behaupteten sich eine Zeit lang, um dann wieder durch andere ersetzt zu werden. Nur das Sublimat hat sich als wirksamstes Bakteriengift bis heute erhalten.

Dem Streben, in den Wunden eine längere Dauerwirkung der Antiseptika zu erzielen, in denselben gleichsam

einen antiseptischen Vorrat aufzusammeln, entsprang die Erfindung und Empfehlung der pulverförmigen, schwer löslichen Antiseptika, wie Borsäure, Wismut, Zinkoxyd, Jodoform.

Durch die Einführung immer neuer antiseptischer Mittel, trat schliesslich eine grosse Verwirrung ein. Niemand wusste schliesslich mehr, welches Mittel er anwenden sollte. Während die einen alles Heil von der Karbolsäure erwarteten, sahen andere von der Anwendung des Sublimat glänzende Resultate. Noch andere priesen das Jodoform als das Ideal aller antiseptischer Mittel. So schreibt Mosetig-Moorhof darüber: „Nicht nur die glücklichen Vorstände von Prachtkliniken mit getrennten Operationssälen, deren asphaltierter Boden nur mit Kautschuküberschuhen betreten wird, nicht nur Chirurgen, welche mit antiseptischen Lösungen in reichlichstem Masse hantieren und kostspielige Verbände mit mühevoll erlernter vollendeter Technik anzulegen imstande sind, werden von nun an glänzende Erfolge ihrer segensreichen Tätigkeit nachweisen können, — auch der einfache Landarzt und, was noch mehr sagen will, der einfache Feldchirurg werden mit gutem Gewissen und ohne grossen Apparat ihrer Samariterpflicht nachkommen können. Und diese herrliche Perspektive, wahrlich keine Fata morgana mehr, sondern nüchterne Wahrheit, verdanken wir dem Jodoform“. Würde dies in der Tat so sein, so wäre es allerdings unbegreiflich, warum nicht alle Chirurgen von nun an sich des Jodoforms in ausgiebigster Weise bedienten. Allein ein grosser Teil hervorragender Chirurgen hatte nach der Anwendung des

Jodoforms keine glänzenden Heilerfolge zu verzeichnen, wohl aber schwere Intoxikationen, die häufig sogar zum Tode führten. So äusserte sich Schede auf dem ersten Chirurgenkongress folgendermassen über das Jodoform: „Dem Jodoform verdanke ich den Tod einer ganzen Reihe von Kranken, die ohne dasselbe wahrscheinlich heute noch am Leben wären. Sie erlagen teils der Jodoformvergiftung, teils fielen sie trotz des Jodoforms dem Erysipelas und der Pyaemie zum Opfer. — Keinesfalls bin ich im stande, auch nur mit irgend welcher Wahrscheinlichkeit von irgend einem Patienten zu behaupten, dass er durch das Jodoform gerettet worden sei und durch kein anderes Mittel habe gerettet werden können". Bedenkt man, in wie grossen Mengen damals die antiseptischen Mittel angewandt wurden, wie ein Teil der Chirurgen die armen Opfer mit antiseptischen Lösungen geradezu überschwemmte, ein anderer sich nicht scheute 200—300 g Jodoform in eine Wunde hineinzubringen, so muss man sich wundern, nicht sowohl über die glänzenden Erfolge, die erzielt wurden, als vielmehr darüber, dass sie nicht häufiger mit dem Staatsanwalt in Konflikt gerieten gerade wegen der Anwendung antiseptischer Mittel.

Lister und seine eigentlichen Nachfolger leiteten jede Störung im Wundverlauf von der Luftinfektion her. Diese zu verhüten, war das Hauptbestreben und diesem Zwecke dienten Spray, Karbolsäure, Sublimat etc. Niemand dachte daran, dass durch Berührung der Wunde mit unreinen Fingern, Instrumenten dem Patienten eine weit grössere Gefahr drohte, da hierbei die Mikroorganismen der Wunde direkt implantiert wurden.

Durch neuere bakteriologische Untersuchungen über Wundinfektion wurde die Bedeutung der Luftinfektion auf ein Minimum reduziert. Zwar kommen fast alle Arten von Bakterien in der Luft vor, die weit aus grösste Zahl derselben aber gehört zu den unschuldigen Schimmel-, Hefe- und Spaltpilzen. Die pathogenen Keime werden, wenn sie in die Luft aufgenommen werden, in ihrer Lebensfähigkeit rasch herabgesetzt und dadurch unschädlich. Es ergiebt sich somit, dass die Luftinfektion eine ganz untergeordnete Rolle spielt gegenüber der Kontaktinfektion. König sagt darüber: „Die Gefahr, welche der Wunde durch Hineinfallen von Luftkeimen in dieselbe erwächst, ist eine verschwindend geringe gegenüber der Gefahr, welche ihr droht, durch den direkten Import von Fäulniskörpern, wie sie an den Fingern, Instrumenten, Verbandstücken kleben. Mit den Luftkeimen, welche bei der Operation in die Wunde hineinfallen, wird der Organismus so gut wie immer fertig". Durch Arbeiten über die Aufnahme bakterieller Keime von frischen Wunden aus und über den Keimgehalt accidenteller Wunden wurde der Glauben an die Sicherheit der chemischen Antiseptika stark erschüttert. Schimmelbusch prüfte die Frage, ob eine infizierte Wunde überhaupt keimfrei gemacht werden könne. Auf Grund seiner Untersuchungen ist er zu folgendem Resultate gekommen: Alle Mikroorganismen verbreiten sich von einer frischen Wunde aus so schnell, dass sie schon kurze Zeit (5—10 Minuten) nach stattgefundener Infektion in den inneren Organen, Leber, Milz, etc., nachweisbar sind. Daher ist eine der Infektion unmittelbar nach-

folgende Desinfektion mit beliebig starken Desinficientien ohne jeden Einfluss auf den weiteren Wundverlauf. Riggenbach und andere prüften den Keimgehalt accidenteller Wunden und fanden in allen Wunden, auch wenn sie mit antiseptischen Verbänden behandelt wurden, zahlreiche auch pathogene Keime. „Die Hoffnung der Chirurgen", sagt Riggenbach, „durch die Mittel der Antisepsis oder Asepsis die Bakterien in den Wunden vernichten oder von den Wunden fernhalten zu können, ist bis jetzt ein unerreichtes Ideal geblieben. Eine Anzahl von Untersuchungen zeigt, dass sogar die Operationswunden, welche der Chirurg mit peinlicher Anwendung der antiseptischen oder aseptischen Regeln setzt, mit wenigen Ausnahmen nicht keimfrei sind."

Als auf diese Weise der Nachweis geliefert war, dass die Antiseptika bei der Wundbehandlung nur einen sehr bedingten Nutzen leisten, begann man, sich von den chemischen Mitteln abzuwenden und mehr die physikalischen Mittel anzuwenden. Dieser Uebergang von der reinen Antiseptik zur Aseptik vollzog sich ungefähr um 1890. Während man früher nur darauf bedacht war, etwa in die Wunde hineingeratene Keime zu vernichten, suchte man es jetzt zu vermeiden, Keime in die Wunde überhaupt hineingelangen zu lassen. Nun lenkte man die Aufmerksamkeit mehr auf die mit der Wunde in Berührung kommenden Gegenstände, Finger, Instrumente, Verbandzeug. Diese Gegenstände wurden auf ihre Keimfreiheit untersucht und fanden sich in der Regel hochgradig infiziert. Ferner stellte sich heraus, dass die bisherigen Desinfektionsmittel nicht genügten, um Instrumente

und Verbandmaterial keimfrei zu machen. Bahnbrechend auf diesem Gebiete sind die Arbeiten Koch's über Desinfektion. Diesen Arbeiten verdankt die Chirurgie das kräftigste Desinfektionsmittel, den strömenden Dampf.

Zahlreiche Untersuchungen wurden über die Sterilität der Hände des Operateurs und der Haut des Operationsfeldes angestellt. Stets, auch nach der gründlichsten Säuberung mit antiseptischen Mitteln, konnten selbst pathogene Keime in den tieferen Schichten der Haut, in Drüsengängen und Haarbälgen nachgewiesen werden, so dass man es aufgeben musste, vollkommene Keimfreiheit der Haut zu erzielen. Die verschiedensten und kompliziertesten Methoden wurden ersonnen und doch stellte keine ganz zufrieden. Am wirksamsten zeigte sich noch die Methode von Fürbringer: Reinigung der Haut mit warmem Wasser, Seife und Bürste, darauf mit Alkohol und Sublimat. Dabei stellte sich nach Untersuchungen von Dr. Braatz heraus, dass dem Alkohol allein eine grössere Wirksamkeit zukommt, als dem Sublimat allein. „Hervorgehoben muss dabei werden", sagt Dr. Braatz, „dass man sich trotz der Vorzüge dieses Verfahrens mit grösster Sorgfalt die Hände waschen soll. Wenn man sich hierbei nicht die grösste Mühe giebt, so erreicht man doch nicht immer volle Keimfreiheit".

Da also nur in den seltensten Fällen völlige Keimfreiheit der Haut erzielt werden kann, ist es auch stets möglich, dass Keime in die Wunde gelangen, so dass es sehr schwer ist, keimfrei zu operieren und noch weit schwieriger, die Wunde und ihre Umgebung für längere

Zeit keimfrei zu erhalten. Die desinfizierte Haut unter den Verbänden erweist sich schon nach kurzer Zeit wieder keimhaltig.

Darnach darf man es wohl als illusorisch bezeichnen, zu glauben, dass wir unter dem Schutze antiseptischer und aseptischer Mittel Keimfreiheit der Wunden erzielen. Wohl ist es möglich, Instrumente und Verbandmaterial keimfrei zu machen, aber bis jetzt giebt es keine Methode, welche das gleiche mit Sicherheit an der Haut unserer Hände und des Operationsgebietes zustande brächte. Je nach den äussern Umständen werden daher bald mehr bald weniger Keime in jede Wunde gelangen. Doch ist dadurch noch immer nicht ein ungünstiger Wundverlauf bedingt. Unser Körper ist glücklicherweise keine tote Materie, auf der alle Keime ungehindert zur Entwickelung gelangen können. Er besitzt vielmehr in seinem Blute, in seinen Zellen und Gewebssäften Stoffe, die keimtötend wirken. Nur so ist es zu erklären, dass sowohl in vorantiseptischer Zeit als auch jetzt noch im täglichen Leben eine Reihe von Verletzungen vollkommen reaktionslos heilen, ohne dass etwas zur Beseitigung der Keime geschieht. Daraus erklärt sich ferner, warum wir trotz der Unvollkommenheit unserer Mittel bei einfachen Wundverhältnissen eine glatte Heilung eintreten sehen.

Der heutige Stand der Wundbehandlung dürfte der sein: Die Einrichtung der Operationsräume ist derart, dass sowohl der ganze Raum, als auch sämtliche in ihm enthaltenen Gegenstände leicht einer gründlichen Reinigung unterzogen werden können. Wände und Boden des

Operationsraumes müssen glatt sein, um ein übermässiges Ansetzen von Staub und Schmutz zu verhindern. Die Operation selbst wird thunlichst in Gegenwart einer nur geringen Anzahl von Personen vorgenommen, um eine starke Anfüllung des Raumes mit Mikroorganismen durch Bewegungen und Sprechen zu vermeiden. Dabei findet die Operation unter strengster Asepsis statt. Sämtliche bei der Operation zu benutzenden Gegenstände, Instrumente und Verbandmaterial, werden durch strömenden Wasserdampf sterilisiert. Hände des Operateurs und das Operationsfeld werden auf das gründlichste nach der oben geschilderten Methode von Fürbringer gereinigt. Ausserdem bemüht man sich, möglichst schnell und sicher zu operieren, um die inneren Gewebe nur kurze Zeit dem Einfluss der atmosphärischen Luft auszusetzen. Dadurch ferner, dass man nur die unumgänglich notwendigen Berührungen der Wunde vornimmt, vermeidet man die Gelegenheit zu zufälliger Infektion. Während früher die Gewebe nach jeder Operation ausser auf mechanische Weise auch noch chemisch insultiert wurden, indem durch längere Einwirkung der antiseptischen Mittel die Gewebe gereizt, verätzt und so zur primären Heilung ungeeignet gemacht wurden, hat jetzt die Aseptik auch diese Art der Wundmisshandlung beseitigt. Allenfalls lässt man jetzt nach der Operation eine kurze Wundirrigation mit sterilem Wasser oder mit steriler physiologischer Kochsalzlösung nachfolgen.

Von grosser Wichtigkeit für die aseptische Wundheilung ist eine sorgfältige Blutstillung. Je trockener eine Wunde ist, um so grösser sind die Aussichten auf

eine primäre Verklebung und Heilung. Umgekehrt bildet das nachsickernde und sich zersetzende Blut den besten Nährboden für die Entwickelung von Keimen, die zufällig in die Wunde gelangt sind. Als Verbandmaterial wird nur sterile Gaze benutzt.

Dies ist das Verfahren bei frischen vom Chirurgen gesetzten Wunden. Der praktische Arzt bekommt jedoch in der Mehrzahl der Fälle primär nicht aseptische Wunden in Behandlung. Die meisten dieser Wunden sind Folgen eines Unfalls oder eines entzündlichen Prozesses. Bei allen Verletzungen sind sicher Keime durch das verletzende Instrument von den Kleidern oder der Haut mit in die Tiefe gerissen. Bedenkt man noch, dass in einer grossen Zahl von Fällen die Patienten erst Stunden, oder Tage, ja Wochen nach der Verletzung den Arzt zu Rate ziehen, nach dem vorher bereits die Patienten selbst oder Quacksalber ihre Kunst daran vergebens versucht haben, so muss man diese Wunden von vornherein als hochgradig infiziert betrachten. Wie hat sich nun diesen Wunden gegenüber der Arzt zu verhalten? Auch bei der Behandlung septischer Wunden soll vor allen Dingen nach den Regeln der Aseptik vorgegangen werden. Man berühre keine Wunde, bevor man nicht seine Hände auf das sorgfältigste gereinigt habe. Dann geht man an die Reinigung der Wunde und ihrer Umgebung. Dabei hat man sich davor zu hüten, dass man nicht beim Reinigen der Umgebung Keime in die Wunde hineinspült. Zu dem Zwecke tamponiert man zunächst die Wunde mit steriler Gaze und reinigt die Haut um die Wunde herum. Erst dann geht man an die Säuberung

der Wunde selbst. Nur soll man die Wunde nicht übermässig durch antiseptische Mittel reizen, da eine Wunde um so besser heilt, je weniger sie gereizt wird. Am besten eignet sich zur Reinigung die physiologische Kochsalzlösung, obwohl auch diese für Wunden nicht indifferent ist, wie Müller in einer Arbeit „Ueber die Heilung von Wunden bei aseptischem und antiseptischem Heilverfahren und bei primärer und sekundärer Naht" nachgewiesen hat. Die Wunde bedeckt man mit sorgfältig sterilisierter Gaze. Soweit es möglich ist, schliesst man jede Wunde primär durch Naht. Wunden, bei denen das nicht möglich ist, behandelt man mit lockerer Tamponade und Sekundärnaht.

Bei diesem Verfahren kann man darauf rechnen, dass vom Chirurgen gesetzte Operationswunden fast ausnahmslos ohne jede Reaction heilen, zufällige Verletzungen ohne Nachteil für den Patienten in kurzer Zeit. Absolut sicher ist man aber auch heute nicht. Auch jetzt noch zeigt bisweilen ein Temperaturanstieg, dass irgend eine Störung im Heilverlauf eingetreten ist. Eiterung und Klaffen der Wundränder tritt ein, wo man bestimmt auf primäre Verklebung gehofft hatte. v. Bruns sagt über die heutige Wundbehandlung: „Wenn unsere Massnahmen, um Operationswunden aseptisch anzulegen, zu einem gewissen Abschluss gekommen sind, so lässt dagegen unsere Behandlung septischer Wunden und Eiterungsprozesse an Sicherheit noch viel zu wünschen übrig."

In weit geringerm Grade konnte man auf glatten Heilverlauf bei Anwendung der Lister'schen Methode

rechnen. Wenn nun v. Nussbaum solch grossartige Erfolge erzielt haben will, dass er diese Behandlungsart für alle Zeiten festgelegt zu sehen wünscht, so war dies der Ausdruck der Begeisterung über die Besserung der Heilresultate gegenüber der Zeit vor Lister. Unter dem Einfluss dieser Begeisterung stellte v. Nussbaum seine am Anfang der Arbeit wiedergegebene Forderung auf. Kühlere Beobachter hatten nicht diese glänzenden Resultate zu verzeichnen. Hier trat prima reunio der Wunde nicht häufiger, Erysipelas nicht seltener auf, als vor der Anwendung des Lister'schen Verfahrens. So äussert sich Landerer über die Resultate der damaligen Wundbehandlung folgendermassen: „Wir alle, die wir die Zeit der Lister'schen Antisepsis noch miterlebt haben, wissen, dass Sepsis damals — besonders bei Bauchoperationen — kein seltener Gast in den chirurgischen Anstalten war, dass Pyaemie — z. B. nach Schädelverletzungen — immer dann und wann gesehen wurde, dass das Erysipel unter der Karbolantisepsis geradezu häufig war, dass Tetanus auch nach Operationen bisweilen noch vorkam." Ebenso sagt König: „Es ist endlich einmal an der Zeit, dass wir aufhören in unseren Mitteilungen die Erfolge der Antiseptik noch glorreicher darzustellen, als sie wirklich sind. Das hat schon manchem das Leben gekostet. Es ist endlich Zeit, dass auch wir, die Geübten, eingestehen, es kommt uns einmal eine Rose, eine Sepsis, zu dieser oder jener Operation, es stirbt uns ein Kopfverletzter, es geht ein Kranker an den Folgen der Ogston'schen oder einer andern Kniegelenk-Operation zu Grunde. Wir

hoffen nicht allein zu stehen, wenn wir erklären, dass wir uns trotz der äussersten Gewissenhaftigkeit, mit welcher wir seit ca. 6 Jahren die antiseptische Behandlung bei einem grossen Krankenmaterial üben, nicht rühmen können, dass eine Wunde, welche ohne einen Tropfen Eiter heilen sollte, mit Eiterung heilt, dass ein oder der andere antiseptisch behandelte Kranke Erysipel bekommt, und dass auch einmal ein Operierter an Sepsis stirbt. Wenn aber solches den Geübteren unter 100 Fällen nur einmal vorkommt, wie ist es dann, fragen wir, denkbar, dass es dem weniger geübten Wundarzte bei der Behandlung von Verletzungen, welche zum Forum des Staatsanwalts gehören, garnicht passieren sollte?" Ferner sagt Kocher: „Ich sehe bei Kollegen, die zähe an allen Attributen von Lister-Volkmann's Technik festhalten, doch noch hie und da bei komplizierten Operationen die allerbedenklichsten Infektionsfälle." Auch v. Bergmann gesteht, dass ihm Todesfälle vorgekommen sind trotz der Behandlung nach Lister und zwar nicht nur nach Verletzungen, sondern auch an Amputations-Wunden, deren Reinigung er auf das peinlichste besorgt hatte. „Es ist mir, sagt er, „wie gewiss vielen, die zur antiseptischen Fahne schwören, gegangen; eine Wunde, welche ohne einen Tropfen Eiter heilen sollte, ist mit Eiterung geheilt, oder zu einer Oberschenkel-Amputation ist einmal die richtige septische Phlegmone getreten." Um dies auch durch Zahlen zu beweisen, führe ich eine Statistik von Neuber aus dem Jahre 1882 an, aus einer Zeit also, wo bereits durch hervorragende deutsche Chirurgen die ursprüngliche Methode

wesentlich verbessert war. Darnach trat bei 55 Mamma-Exstirpationen 39 mal normaler Wundverlauf auf, in 16 Fällen traten Störungen ein und zwar 11 mal Phlegmone, 3 mal Randgangrän, 2 mal waren die Hauträndер auseinandergewichen. Bei 41 Geschwulst-Exstirpationen am Halse war 38 mal normaler Wundverlauf, 3 mal trat Eiterung ein. Bei 49 Kniegelenk-Resektionen verlief die Heilung 35 mal normal, 14 mal traten Störungen auf und zwar 1 mal Randgangrän, 13 mal Eiterung und Abszessbildung. Ja v. Nussbaum selbst muss einige Jahre, nachdem er seine rigorose Forderung aufgestellt hatte, zugeben, dass eine absolute Sicherheit der Lister-schen Behandlung nicht zukommt, dass auch unter seiner geübten Hand üble Zwischenfälle sich ereignen.

Aus diesen Ausführungen geht hervor, dass v. Nussbaum zu der Forderung, es solle von nun an jeder Arzt bestraft werden, der in der Wundbehandlung noch irgend einen Misserfolg zu verzeichnen haben würde, durchaus nicht berechtigt war. Dadurch hätte man der Methode eine Sicherheit beigelegt, die ihr nach den Aussprüchen der oben erwähnten Autoren auf keinen Fall zukam.

Wie verhält es sich nun mit der andern Forderung v. Nussbaum's, die Lister'sche Wundbehandlungsmethode solle auf dem Verordnungswege geregelt werden d. h., jeder Arzt solle zu der Anwendung dieser Methode verpflichtet sein? Ist ein derartiges Verlangen überhaupt durchführbar? Diese Frage muss entschieden verneint werden. Zwar hat die heutige Wundbehandlung einen hohen Grad der Sicherheit erlangt, abgeschlossen

ist die Forschung aber noch immer nicht; denn das erstrebenswerte Ziel, womöglich jede auch jede schwere Verletzung rasch und ohne Nachteil für den Patienten zur Heilung zu bringen, ist bis dahin noch nicht in allen Fällen erreicht. Würde jemals eine derartige Forderung wirklich erhoben und durchgeführt werden, so würde man damit einen gewaltigen Rückschritt tun. Jedes weitere selbständige Streben und Forschen würde damit unterbunden sein, die medizinische Wissenschaft wäre zum Stillstand verurteilt. Welche Wandlungen hat die Medizin allein in den letzten 30 Jahren durchgemacht. In der eigentlichen Lister'schen Zeit galt die rein antiseptische Wundbehandlung als allein richtig und zuverlässig. Dann begann man die reichliche Anwendung der Antiseptika einzuschränken und schliesslich ist man, besonders nachdem die neuere Bakteriologie in den Dienst der Medizin gestellt war, von der rein antiseptischen Wundbehandlung zur aseptischen gelangt. Alles dies wäre nicht möglich gewesen, wenn das Verlangen v. Nussbaum's durchgeführt worden wäre. Am entschiedensten gegen jeden Schematismus in der Anwendung der Lister'schen Methode spricht sich v. Bergmann aus: „Es giebt kein verbreiteteres Vorurteil", sagt er, „als die Meinung, dass der antiseptische Verband nach einer allgemein gültigen Methode angewandt werden dürfe". Schon der Umstand, dass es sich in der modernen Wundbehandlung um eine grosse technische Fertigkeit handelt, sollte den Köhlerglauben an die Unfehlbarkeit des Sprays und der achtschichtigen Decke erschüttern. Denn wo eine künstlerische Leistung verlangt wird, spielt die Individualität

des Künstlers eine alles beherrschende Rolle, und das duo si facinnt idem, non est idem muss hier gerade seine volle Berechtigung finden. Mehr aber noch als der Individualität des Arztes, gehört der Individualität des Falles an. Nach Operationen im Gesicht erreichen wir, wenn nur die frische Wunde gehörig desinfiziert und die Blutung peinlich bis auf den letzten heraussickernden Tropfen gestillt wurde, durch die dichte Naht mit feinster Seide genau dieselben Resultate bei offener Wundbehandlung, wie sonst unter Lister's Occlusiv-Verband. Am Schädel würde ich aber niemals zu diesem einfachen Verfahren raten, weil wir hier gegenüber der Gefahr der Meningitis nicht vorsichtig genug sein können. Wissenschaftlicher Sinn und Selbstkritik erklären, warum auch heute noch so mancher praktische Arzt, ohne „streng nach Lister" zu verfahren, bessere Resultat in seiner Wundbehandlung erzielt, als der, welcher vorschriftsmässig Spray, Gaze und Gummituch applizierte. „Ja v. Nussbaum selbst scheint eingesehen zu haben, dass es nicht möglich ist, eine bestimmteMethode vorzuschreiben, wenn er sagt: „Es ist natürlich ganz einerlei, welche Form der Antiseptik ein Arzt wählt, ob er die Karbolsäure oder Salicylsäure, das Chlorzink oder die Benzoesäure etc. benutzt, ob er die Wunde unter dem Spray ansieht und verbindet, oder ob er anstatt des Sprays eine Irrigation mit Karbolwasser macht. Der Arzt vermeidet jeden Vorwurf der Fahrlässigkeit, wenn er die Wunde vor Infektion schützt. Wie er dies erreicht, ist seiner freien Wahl überlassen und wird oft von äusseren Umständen abhängig sein". Eine ganz bestimmte Methode

musste aber v. Nussbaum angeben, wenn der Arzt für den Ausgang der Behandlung verantwortlich gemacht werden sollte. Welche Konsequenzen ferner würde man aus einer derartigen Forderung ziehen? Die medizinische Wissenschaft würde dadurch zu einem schrecklichen Schematismus herabgewürdigt. Die Furcht vor dem Staatsanwalt würde jeden Arzt zwingen, streng nach Vorschrift zu verfahren; denn der Arzt hat ja seine Pflicht getan und ist für den Ausgang der Behandlung nicht verantwortlich zu machen, wenn er den ganzen antiseptischen Apparat aufgeboten hat. Um das Wohl des Kranken wäre es dabei in sehr vielen Fällen recht schlecht bestellt.

Durch die Einführung der antiseptischen Wundbehandlung hatten sich die Wundverhältnisse gegen früher unstreitig gebessert. In zahlreichen Fällen wurde jetzt das Leben erhalten, während es früher unrettbar verloren war. Glieder, die früher amputiert werden mussten, konnten jetzt gerettet und zur Funktionsfähigkeit zurückgeführt werden. Das Krankenlager mit seinen Schrecken und Gefahren wurde bedeutend verkürzt, die Kranken sicherer und schneller geheilt und wieder arbeitsfähig gemacht. Jeder unparteiische Arzt musste daher auf Grund dieser Tatsachen seine Verwundeten antiseptisch behandeln; er durfte nicht, unbekümmert um den Fortschritt, der damit in der Chirurgie gemacht war, bei der alten Wundbehandlung mit Charpie und Salbe stehen bleiben, ohne sich eine Fahrlässigkeit zu Schulden kommen zu lassen. Im Speziellen aber musste jedem Arzt auch dann das Recht gewahrt bleiben, seine Kranken nach bestem Wissen und Gewissen behandeln zu dürfen, voraus-

gesetzt, dass er dabei immer das Ziel vor Augen hatte, seinen Kranken zu helfen und sie möglichst schnell und sicher zu heilen. Jedem Arzt muss das Recht zustehen, nach örtlichen und zeitlichen Verhältnissen seine Behandlung einrichten und ändern zu dürfen. Die Lebensweise und der Kräftezustand des Patienten müssen den Arzt bei der Behandlung leiten dürfen. Nicht nach einer vorgeschriebenen Schablone, sondern von Fall zu Fall muss der Arzt seine Behandlung einrichten, er muss individualisieren. Gerade dies unterscheidet den wissenschaftlich gebildeten Arzt vom Kurpfuscher. Kühner: sagt: „Es muss dem Arzte nicht nur das Recht der Selbstforschung, sondern auch in voller Breite das Recht zuerkannt werden, sich nach bestem Ermessen, nach zwingenden und unvermeidlichen Rücksichten selbst den Weg zu wählen, der zu einem gedeihlichen Ausgang, zum glücklichen Ziel führen soll. Die Aerzte müssen in ihrer Gesamtheit mit allem Eifer, mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln dahin streben, dass dem einzelnen ohne Ansehen der Stellung und Person die Freiheit gewahrt werde, in einem besondern Falle abweichend von den Lehren der herrschenden Schule oder abgehend von der Ansicht der Mehrheit der Aerzte, seine eigene ihm lieb gewordene Erfahrung zur Geltung zu bringen, wenn dabei unter gehöriger Aufmerksamkeit und Vorsicht aus wissenschaftlichen Gründen im guten Glauben verfahren wird. Es darf nicht vorkommen, dass der Arzt schuldig erachtet, ja dass er nur verantwortlich dafür gemacht werde, dass er nicht das Neue oder Neueste in Anwendung gezogen, sei es, dass er es nicht für das Richtige anerkannte, sei es, dass er nicht in der Lage war, es mit

der vollen Verantwortlichkeit anzuwenden, ebensowenig, wie er angeklagt werde, weil er das Neue oder Neueste in Anwendung gezogen, weil er es eben für den gegebenen Augenblick für das Richtige anerkannte und in der Lage war, es mit voller Verantwortlichkeit zur Ausführung zu bringen".

Stünde nun ein Fall wegen begangenen Fehlers zur richterlichen Entscheidung, was würden dann die Folgen sein? Würden dem Richter nur die Aussprüche und die Forderung v. Nussbaum's vorgetragen werden und wollte der Richter darnach urteilen, so müsste er zu einem den Arzt schwer schädigenden Urteil gelangen. Dieses Urteil ist aber ganz ungerechtfertigt, wenn man den Worten v. Nussbaum's die Aussprüche von v. Bergmann, König, Landerer, entgegenhält. Um nun jeden Zweifel beim Fällen eines Urteils zu beseitigen, will v. Nussbaum die Zwischenfrage gestellt wissen: „Wann oder in welchem Zustande kam die Wunde in die Hände des Arztes?" Nun ist nach v. Nussbaums Ansicht die Sache ganz einfach. Der Gerichtsarzt, auf dessen Gutachten sich der Richter zu stützen hat, hat nur zu entscheiden, ob die Wunde bereits septisch oder frisch in die Hände des Arztes kam. Im ersteren Falle hört jede Verantwortlichkeit des Arztes auf, während im andern Falle den Arzt die ganze Verantwortung für irgend welche üblen Zwischenfälle trifft. Abgesehen davon, dass eine derartige Unterscheidung, ob eine Wunde noch frisch oder bereits septisch ist, in den meisten Fällen absolut unmöglich ist, da wir die in eine Wunde gelangten Keime mit blossem

Auge nicht sehen können, dürfte ein Vorgehen nach diesem Satze als Richtschnur zu den bedenklichsten Konsequenzen führen. Der Gerichtsarzt, der den Fall zu begutachten hat, doch erst, nachdem sich üble Folgen eingestellt haben, ist garnicht in der Lage zu sagen, in welchem Zustande die Wunde in Behandlung kam. Er kann sich dabei nur auf die Angaben des Arztes oder des Kranken, eines Laien verlassen. Wenn nun auch in den meisten Fällen der Gerichtsarzt den Aussagen seines Kollegen mehr Glauben schenken wird, so könnte sich doch auch der Fall ereignen, dass Missgunst, Neid, bestehende Feindschaft den Gerichtsarzt mehr für den Kranken einnehmen. Dass dadurch nur das Misstrauen unter den Aerzten gross gezogen werden würde, liegt auf der Hand. Dadurch würde der ohnehin schon schwerbedrohte ärztliche Stand in seinem Ansehen nur noch herabgesetzt werden. Der Arzt wiederum, dem das Unglück passiert ist, wird die Wundverhältnisse bei Uebernahme der Behandlung so schlecht als möglich darstellen. Aber selbst wenn die Wunde frisch in Behandlung kam und der Arzt wirklich antiseptisch resp. aseptisch vorgegangen ist, kann der Arzt für einen schlechten Heilverlauf verantwortlich gemacht werden? Nach v. Nussbaum ja, da der Arzt notwendig einen Fehler nach der Seite des Handelns oder Unterlassens gemacht haben muss; denn sagt v. Nussbaum: „Wenn hier kein Fehler gemacht wird, so kommt ein unglücklicher Zufall, ein Erysipel, eine starke Eiterung, ein heftiges Fieber etc. gewiss nicht vor.“ Diesen Worten v. Nussbaum's gegenüber äussert sich Fuld folgender-

massen: „Wer es noch nicht erlebt hat, dass sich an eine frisch in Behandlung gekommene Wunde trotz ausgiebiger Reinigung, Erweiterung und Drainage eine schwere, die ganze Aufmerksamkeit des Arztes in Anspruch nehmende Phlegmone anschloss, der ist zu beneiden nicht wegen seiner Erfolge, sondern wegen seines fabelhaften Glücks.“ Ferner widerlegen v. Nussbaum die Aussprüche der schon früher zitierten Autoren. Wer die Landpraxis kennt und weiss, mit welchem Unverstand der Patienten und ihrer Angehörigen der Arzt zu rechnen hat, wird ein derartiges Verlangen stets missbilligen. Mag der Arzt mit noch so grosser Sorgfalt die Wunde untersucht und verbunden haben, mag er die ausgedehntesten Vorsichtsmassregeln getroffen haben, niemals ist er davor sicher, dass nicht seitens des Patienten oder dessen Angehörigen in ganz widersinniger Weise seine Anordnungen durchkreuzt werden. Ein regelrecht angelegter Verband, der für den Kranken vielleicht etwas unbequem ist, wird hinter dem Rücken des Arztes gewechselt und sicher wird dabei nicht nach den Regeln der Aseptik gehandelt. Natürlich wird der Kranke später, falls es zur Anklage kommen sollte, alle Schuld seinerseits leugnen und die Schuld dem Arzte zuschieben. Wie soll ferner der Arzt für den Ausgang der Behandlung verantwortlich sein, wenn ihm nicht einmal gestattet wird, die notwendige Aufsicht über den Kranken auszuüben. „Der Arzt hat nur zu raten, nicht zu gebieten“ sagt Kühner. „Er bringt dem Kranken den Heilplan, gestützt auf wissenschaftliche Grundsätze, praktische Erfahrung in Vorschlag, er dringt darauf, dass

alle Einzelheiten der Behandlung in rigorosester Weise zur Ausführung gelangen, um sich leider nur zu oft früher oder später zu überzeugen, dass nichts von allem dem oder wenig genug befolgt werde. Nicht einmal die Anzahl der zur wissenschaftlichen Leitung des Ganzen erforderlichen Besuche oder Verordnungen vermag der Arzt zu bestimmen, hier entscheiden meist lediglich Rücksichten des Kranken. Gleichwohl zuerkennt dieser und mit ihm die öffentliche Meinung ganz allgemein jede ungünstige Wendung lediglich dem behandelnden Arzte.“ Auf Grund dieser Ausführungen muss mit Deneke die Frage: Kann ein Arzt, der bei der Wundbehandlung nach antiseptischen oder aseptischen Prinzipien erwiesenermassen verfährt, für den Wundverlauf in foro verantwortlich gemacht werden? mit „Nein“ beantwortet werden.

Das Deutsche Strafgesetzbuch enthält keine Bestimmungen, die sich auf das ärztliche Handeln direkt beziehen. Im Falle einer Anklage kommen die am Anfang der Arbeit erwähnten Paragraphen 222, 230 und 232 in Anwendung. Aus dem Umstande, dass im Strafrecht vom allgemeinen Landrecht bis auf das Deutsche Strafgesetzbuch keine besondere Bestimmung getroffen ist, in welcher die Strafbarkeit des fahrlässigen ärztlichen Handelns ausdrücklich hervorgehoben ist, hat man die Absicht des Gesetzgebers erkennen wollen, dass dem Arzte der Erfolg der Kur garnicht zur Schuld gerechnet werden könne, da der Staat den Arzt durch Erteilung der Approbation zur Ausübung seiner Kunst berechtigt hat, nachdem er durch strenge Prüfung vor staatlichen Behörden den Beweis erbracht hat, dass er die zur Aus-

übung der Heilkunst nötigen Kenntnisse und Fertigkeiten besitzt. Eine derartige Ausnahmestellung ist in einem geordneten Staatswesen nicht möglich. Der Staat hat vielmehr die Pflicht, die Staatsangehörigen vor etwaigen Ausschreitungen der Medizinalpersonen zu schützen. Nach Casper ist die Approbation „kein Freipass zu beliebigen Kreuzzügen im Reiche der scharfen Messer und Gifte“ und Buchner sagt: „Die Verantwortlichkeit der Aerzte für ihr Tun und Lassen muss anerkannt werden, insofern darin ein Schutz der Gesellschaft gegen die Tollkühnheit und Nachlässigkeit der Aerzte liegt. Sie darf aber nicht zu weit ausgedehnt werden, weil sonst die Tätigkeit des Arztes gelähmt, derselbe zu ängstlich und in der Wahl der zum Heile des Kranken führenden Mittel beirrt werden könnte“.

Wenn also auch zugegeben werden muss, dass die Verantwortlichkeit der Aerzte für ihr Tun anerkannt werden muss, so liegt doch in den heutigen Strafbestimmungen eine unverkennbare Härte gegen den ärztlichen Stand. Nachdem durch die Gewerbeordnung vom 21. Juni 1869 die Ausübung der Heilkunst freigegeben ist, ist es nicht recht ersichtlich, weshalb der Arzt für seine Fehler härter bestraft werden soll als der Kurpfuscher. Zwar bestimmt eine Entscheidung des Reichsgerichts (Rechtsprechung des Reichsgerichts, Jahrgang 1882, IV), dass auch ein Kurpfuscher, wenn er die Heilkunst gewerbsmässig betreibt, für begangene Fehler ebenso zu bestrafen ist, wie eine geprüfte Medizinalperson, allein diese Bestimmung dürfte in den meisten Fällen

keine praktische Bedeutung haben. Es ist nämlich meistens sehr schwer ja unmöglich zu beweisen, dass der Pfuscher die Heilkunst gewerbsmässig betreibt, während der Arzt stets unter diese Bestimmung fällt. Der Einwand, dass der Arzt schwerer bestraft werden muss, weil die Kranken sich dem Arzte anvertrauen müssen, ist nicht stichhaltig, da niemand verpflichtet ist, sich in die Behandlung eines Arztes zu begeben; er kann sich vielmehr ebenso auch von einem Heilschwindler behandeln lassen. Ist durch diese Bestimmung auf der einen Seite der Arzt in seinem Erwerb geschmälert, der ärztliche Stand in seinem Ansehen herabgesetzt, da die Medizinalpersonen mit den Kurpfuschern auf eine Stufe gestellt sind, so ist auf der andern Seite die Verantwortlichkeit nicht dieselbe. Vielmehr ist die Verantwortlichkeit des Arztes bedeutend grösser, da er, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes zu besonderer Aufmerksamkeit verpflichtet ist.

Eine weitere Härte liegt in dem Paragraphen 230 des Deutschen Strafgesetzbuches. Darnach kann der Arzt bei einer Gesundheitsbeschädigung aus Fahrlässigkeit mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft werden, während der Pfuscher mit einer Geldstrafe oder mit Gefängnis höchstens bis zu zwei Jahren davonkommt, weil er bei der Behandlung nicht zu besonderer Aufmerksamkeit verpflichtet war.

Ganz zu verwerfen ist § 232. Es kann sich der Fall ereignen, dass der an Leben oder Gesundheit Geschädigte von einer Anklage absieht aus Hochachtung gegen den Arzt oder weil er ihm wegen früherer erfolg-

reicher Behandlung zum Dank verpflichtet ist. In diesem Falle kann auch ohne Antrag des Patienten oder seiner Angehörigen der Arzt zur Verantwortung gezogen werden und dies muss geschehen, wenn ein Fehler dem öffentlichen Ankläger bekannt wird, wenn „die Körperverletzung mit Uebertretung einer Amts-, Berufs- oder Gewerbspflicht“ begangen worden ist. „Der § 230 begünstigt das Denunciationswesen unter den Aerzten und gefährdet damit die für die Würde des Standes unentbehrliche Collegialität. Nur in einem kleinen Teile der Fälle wird die gerichtliche Verfolgung veranlasst durch den Beschädigten selbst; häufiger werden die angeblichen Kunstfehler denunciert von missgünstigen Kollegen des Angeschuldigten. Gegen einen Kurpfuscher kann, selbst wenn er eine „schwere“ Körperverletzung verursacht hat, nur auf Antrag des Beschädigten eingeschritten werden; während gegen den approbierten Arzt schon bei einer „leichten“ Gesundheitsbeschädigung ohne Strafantrag das gerichtliche Verfahren eingeleitet werden kann. Der Pfuscher ist ja zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, nicht „vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet“.

Einen Punkt will ich noch anführen, von dem der ärztliche Stand gleichfalls hart betroffen wird. Das Deutsche Strafgesetzbuch handelt nur von Körperverletzung. Es macht keinen Unterschied darin, von wem und in welcher Absicht die Körperverletzung zugefügt ist. Hierin ist der Arzt mit dem Raufbold auf eine Stufe gestellt und der einzige Unterschied ist nur der, dass der Arzt schwerer bestraft wird als der Raufbold, da

der Arzt zu besonderer Vorsicht beim Zufügen einer Körperverletzung verpflichtet ist. Jeder Eingriff des Arztes geschieht doch nur zum Heile des Kranken, in der Absicht, dem Kranken zu helfen, während der Raufbold eine Körperverletzung zufügt in der Absicht zu schaden. Es wäre daher sehr zu wünschen, dass im Strafgesetzbuch eine Bestimmung getroffen wird, in der der Eingriff des Arztes am Körper eines Menschen als Operation besonders gekennzeichnet wird.

Mit Anklagen wegen angeblicher Fehler sollte man äusserst vorsichtig sein. Diese Vorsicht ist um so mehr gehoben, wenn man bedenkt, dass es sehr häufig unlautere Motive sind, die zur Erhebung der Anklage Anlass geben. „Die Motive, die zur gerichtlichen Klage wegen begangener Kunstfehler führen," sagt Buchner, „sind häufig sehr unreiner Art. Schon bestehende Feindschaft gegen den Arzt benutzt den Fall, um ihm beizukommen, oder offene Denunziation missgünstiger Kollegen oder noch mehr heimliche Aufhetzerei führt dazu; oder eine sehr gewöhnliche Ursache solcher Anklagen wegen Kunstfehler ist die Forderung des Honorars für die ärztlichen Bemühungen, die mit der Klage wegen Kunstfehlers beantwortet wird." „Schon aus diesem Grunde", meint Casper, „ist die äusserste Sorgsamkeit bei der Untersuchung, wie die grösste Vorsicht bei der Beurteilung des Tatbestandes erforderlich. Wieviel mehr noch bei Erwägung der anderweitigen so grossen Schwierigkeiten der ganzen Sachlage in so vielen derartigen Fällen." Ein weiterer Grund, der zur Vorsicht mit Anklagen mahnt, ist der, dass der Arzt in seiner Stellung schon durch die

Erhebung der Anklage, schwer geschädigt wird. Bereits das Bekanntwerden einer Anklage ist für den Arzt ein Verdammungsurteil und gefährdet ihn schwer in seiner Existenz. Das Publikum ist nur zu leicht dazu geneigt, einen Arzt, welcher einmal wegen eines angeblich begangenen Kunstfehlers auf der Anklagebank zu sitzen das Unglück hatte, nicht allein für verdächtig, sondern meist auch für schuldig zu halten, selbst dann, wenn er zum Schluss in der Hauptverhandlung frei gesprochen wird. Für den Kurpfuscher dagegen ist eine Anklage die grösste Reklame. Nach wie vor bringt ihm das Publikum das grösste Vertrauen entgegen, ja sein Ruf wird nur noch grösser, selbst wenn er wegen eines von ihm angerichteten Schadens in der Strafanstalt gesessen hat. Daher ist es durchaus nötig, dass schon in der Voruntersuchung der Fall soweit klar gestellt wird, dass es zum Hauptverfahren eventuell überhaupt nicht kommt. Beherzigenswert ist in dieser Beziehung ein Erlass des österreichischen Justizministeriums an die Oberstaatsanwaltschaften, in dem es heisst: „Es empfiehlt sich, schon im Vorverfahren die Frage des Verschuldens vollkommen klar zu stellen, um nicht den beschuldigten Arzt im Falle eines durch Freispruch endenden Hauptverfahrens in seinem Ansehen schwer zu schädigen und den ärztlichen Stand einer ungerechtfertigten Kritik in der öffentlichen Meinung auszusetzen.“ (Aerztlicher Zentral-Anzeiger 1903, No. 43).

Zur völligen Klarstellung des Falles gehört vor allen Dingen eine ausführliche Krankengeschichte und genaue Begründung des eingeschlagenen Heilverfahrens.

Dann gehört dazu ein von einer anerkannten Autorität erstattetes Gutachten. Diese Begutachtung will v. Nussbaum zur Aufgabe des Gerichtsarztes machen, der verpflichtet ist, ganz unparteiisch zu urteilen. Allein ein derartiges Gutachten ist für den Einzelnen immer recht peinlich. Gerade in einem solchen Fall ist die Gefahr für ihn besonders gross, vom rein sachlichen Standpunkte abzuweichen und die Pflicht, das Gutachten sine ira et studio abzugeben, ist hier besonders schwer zu erfüllen. Das menschliche Mitgefühl einerseits, namentlich wenn er sich vielleicht sagen muss, dass nur ein glücklicher Zufall und nicht besseres Können oder grössere Vorsicht ihn vor dem Schicksal bewahrt hat, selbst einmal auf der Anklagebank sitzen zu müssen, und ein vielleicht allzu einseitiger wissenschaftlicher Standpunkt erschweren in hohem Grade ein unbefangenes Urteil. Daher ist in allen Fällen — und zwar schon in der Voruntersuchung — das Gutachten eines Kollegiums hervorragender Mediziner oder einer ganzen Fakultät zu erstreben.

Nach der Fassung der strafrechtlichen Bestimmungen ist es klar, dass Körperverletzungen, die von Medizinalpersonen mit Vorsatz ausgeführt sind, nicht hierher gehören. In derartigen Fällen wird der Arzt wie jeder Raufbold bestraft.

Fraglich ist es, ob ein Arzt für seine Handlungen verantwortlich gemacht werden kann, wenn diese die Folge eines Irrtums in der Erkennung des Krankheitsfalles ist. Nicht jeder Irrtum in der Diagnose ist strafbar. Es giebt Irrtümer, die für den praktischen Arzt

unvermeidlich sind. Es liegt dies in der raschen Fortentwickelung der medizinischen Wissenschaft, wodurch es für den einzelnen Arzt unmöglich wird, sämtlichen Neuerungen und Verbesserungen zu folgen. Irrtümer in der Diagnose können dem praktischen Arzt stets passieren, da solche selbst den grössten Meistern in der Medizin vorgekommen sind. Es sind vielmehr nur solche Irrtümer strafbar, zu deren Vermeidung schon die gewöhnlichen Kenntnisse und Fertigkeiten genügen. Dabei muss noch darauf Rücksicht genommen werden, ob der Arzt auch in der Lage war, die gewöhnlichen Kenntnisse und Fertigkeiten anzuwenden, ob nicht etwa der Fall so lag, dass ein rasches Handeln ohne viel Ueberlegung nötig war. Der Arzt wird z. B. zu einer schweren Verletzung gerufen; er sieht ein grosses spritzendes Gefäss und sieht, dass der Kranke in Gefahr ist, sich zu verbluten. Da wäre es verkehrt, wollte sich der Arzt erst noch mit der Desinfektion der Hände und der Umgebung der Wunde, mit der Sterilisation seiner Instrumente lange aufhalten, selbst wenn Hände und Instrumente infiziert sind. In diesem Falle tut rasches Handeln not. Man wird es dem Arzt nicht verdenken können, wenn er ohne alle Vorbereitung das spritzende Gefäss fasst und es unterbindet.

Eine fahrlässige Gesundheitsbeschädigung kann auch durch Handeln oder Unterlassen begangen werden, wenn jeder Irrtum ausgeschlossen ist. Ist der Arzt dann dafür haftbar? Dabei ist zu beachten, dass es keine Vorschriften giebt, nach denen der Arzt zu handeln verpflichtet ist. In seinem Lehrbuch der gerichtlichen

Medizin sagt Buchner: „Es giebt kein Gesetzbuch der Arzeneiwissenschaft, in welchem die Regeln der ärztlichen Kunst vorgezeichnet wären, und auf dessen Vorschrift der Arzt verpflichtet wäre oder als verpflichtet betrachtet werden könnte. Die Wiederherstellung der Gesundheit mit möglichster Wahrung der Integrität ist das Ziel alles ärztlichen Wirkens. Den Kranken sicher, schnell und auf möglichst schonende Weise zu heilen, ist des Arztes höchste Aufgabe. Wie dieser Aufgabe zu entsprechen, auf welchem Wege das Ziel zu erreichen ist, dafür giebt es keine allgemein gültige Vorschrift.“ Es bleibt dem Arzt also die Wahl der Mittel und der einzuschlagenden Behandlung überlassen. Der Arzt ist Herr über sein Tun und Lassen. Allein eine Grenze giebt es, die straflos nicht überschritten werden darf. „Diese Grenzen aber sind keine andern, als die ewigen Naturgesetze und die Gesetze der allgemeinen ärztlichen Erfahrung“. Eine strafbare Fahrlässigkeit liegt nur vor, wenn gegen diese „allgemeine Erfahrung“ gegen die „als axiomatische Wahrheiten“ geltenden Naturgesetze verstossen wird. Nun ist es aber sehr schwer zu sagen, was unter Fahrlässigkeit zu verstehen ist. Dies beweisen die vielen Versuche und Widersprüche, die die einzelnen Grundsätze erfahren haben. Veraltet dürften die Ansichten Casper's und Kramer's sein. Nach Casper's Definition liegt Fahrlässigkeit vor, „wenn die Behandlung ganz und gar abweichend war von dem was Lehren und Schriften seiner wissenschaftlich anerkannten Zeitgenossen für einen solchen, oder einen, diesem ähnlichen Fall als allgemeine Kunstregel vorgeschrieben und durch die ärzt-

liche Erfahrung der Zeitgenossen als richtig anerkannt ist.“ Kramer sieht die Fahrlässigkeit begründet „in der Leichtfertigkeit der Untersuchung eines krankhaften Zustandes, der Sorglosigkeit der Beobachtung und in dem Mangel an Ueberlegung, wodurch dem Kranken ein nachweisbarer und zugleich bei einer kunstgemässeren Behandlung abwendbarer Schaden erstand.“ Beide Grundsätze haben Bedenken erregt. Nach dem Casper'schen Grundsatz würde jedem Fortschritt der Wissenschaft eine Schranke gesetzt werden. Mit Recht hat man gefragt, was unter „anerkannten Zeitgenossen“ zu verstehen ist. Wo fangen diese Zeitgenossen an und wo hören sie auf? Kann ferner der einzelne Arzt die Ansichten der Zeitgenossen in jedem einzelnen Falle genau kennen? Ist das, was die ärztlichen Schriftsteller lehren immer das richtige? Würde ein Arzt, dessen Handeln nach dem Kramer'schen Grundsatz beurteilt werden soll, zugeben, dass er leichtfertig und sorglos gehandelt hat? Mit vollem Recht wird er behaupten können, dass der Zustand des Patienten garnicht mehr richtig beurteilt werden kann. Eine sehr ausführliche aber umständliche Definition giebt Oesterleu: „Ein Arzt hat sich eines strafbaren Kunstfehlers schuldig gemacht, wenn er, obgleich er sich in einer Lage befand, welche ihm die freie Benützung seiner Kenntnisse und Fertigkeiten gestattete, dennoch einen seiner Behandlung anvertrauten Kranken dadurch beschädigt oder getötet hat, dass er in seinem Tun oder Lassen gegen allgemein anerkannte Kunstregeln verstiess, während er doch den Fall richtig erkannt hatte oder bei Anwendung der gewöhnlichen

Kenntnisse und Fertigkeiten richtig erkannt und den Fehler vermieden haben würde.“ Auch nach dieser Auffassung ist ein Verstoss gegen die „allgemein anerkannten Kunstregeln“ strafbar. Dazu verlangt aber Oesterlen den Beweis, dass der Arzt sich in der Lage befand, seine Kenntnisse und Fertigkeiten mit gehöriger Sorgfalt anzuwenden, dass es sich nicht um Erfüllung einer Vitalindikation handelte, wo eine lange Ueberlegung nicht möglich ist. Aehnlich sind die Definitionen von Deneke und Kühner. Am gerechtesten scheint mir die Auffassung von Fuld zu sein. Darnach ist ein Arzt für die durch seine Behandlungsweise verursachten Schädigungen dann verantwortlich zu machen, „wenn er sich aus Mangel an gehöriger Aufmerksamkeit und Vorsicht solche Handlungen und Unterlassungen zu Schulden kommen liess, die nach der allgemeinen ärztlichen Erfahrung geeignet waren, eine nachteilige Wirkung auf den ihm anvertrauten Kranken auszuüben.“

Fahrlässiges Handeln allein genügt aber noch nicht, um einen Arzt vor Gericht zu ziehen; es muss erst der Beweis erbracht werden, dass durch das Handeln auch Schaden zugefügt ist. Es muss also der Kausalzusammenhang zwischen dem Handeln und der eingetretenen Beschädigung nachgewiesen werden. Dieser Nachweis des Kausalzusammenhanges ist von der grössten Wichtigkeit und muss unter allen Umständen erbracht werden. Gelingt dies nicht oder nur unvollkommen, dann darf sich auch die das Gutachten ausstellende Medizinalperson nicht scheuen, ein „Nicht schuldig“ auszusprechen. Es genügt nicht, wenn in dem Gutachten gesagt wird, die

eingeschlagene Behandlung war geeignet, den schlimmen Ausgang herbeizuführen oder ihn wenigstens zu beschleunigen; es muss vielmehr nachgewiesen werden, dass die eingetretene Gesundheitsbeschädigung ganz allein die Folge der eingeschlagenen Behandlung gewesen ist. An diesem sicheren Nachweis des Kausalzusammenhanges fehlte es auch in den Gutachten, die aus Anlass der Anklage des praktischen Arztes Dr. N. N. wegen fahrlässiger Tötung unter Verletzung seiner Berufspflicht (Aerztliches Vereinsblatt XIV. Jahrg. No. 154) abgegeben wurden. Auch hier bescheinigte das Medizinalkomité der Universität E. nur, dass der Tod bei zweckmässiger Behandlung „sehr wahrscheinlich" nicht eingetreten wäre. Diese Unsicherheit, die dadurch im Gutachten zum Ausdruck kommt zeigt sich auch im Urteil. Während das Strafgesetzbuch für einen derartigen Fall — Tod infolge fahrlässigen Handelns — Gefängnis bis zu 5 Jahren vorschreibt, lautete das Urteil auf 14 Tage Gefängnis. Im Gegensatz dazu will ich kurz die Geschichte eines andern Falles anführen.

„Anfang Dezember wurde der Student W. von dem Studenten Sch. im Duell durch einen Schlägerhieb an der Stirn linkerseits verwundet.

Der Kandidat der Medizin R. schildert die Verletzung als tief, so dass mehrere Knochensplitter von ihm herausgezogen wurden.

Nachdem er die Wunde gereinigt, nähte er dieselbe und legte einen festen Vezband an. Diesen fand er andern Tages, weil er den Kranken gedrückt hatte, mit einem loseren vertauscht. Eine Behandlung seitens des

Kandidaten R. fand nicht statt, er will den Verletzten nur noch am Sonnabend gesehen haben.

Der Student Br. besuchte den W. noch an dem Abend des Duelltages, blieb in der Nacht dort, machte Eisumschläge; er machte in den nächsten Tagen nur flüchtige Besuche und will gehört haben, dass W. über heftige Schmerzen im Kopf geklagt habe.

Am Sonnabend, wie erwähnt, besuchte R. wieder den W., fand die Wunde zwar geheilt, aber stark geschwollen und gerötet, machte einen Einstich in die Geschwulst und entleerte Blut und Eiter beim Ausdrücken. Er verordnete, dass die Wunde alle 3 Stunden ausgedrückt werden und mit Karbolsäure gereinigt werden solle

Am Sonntag kam Br. wieder, fand den Zustand verschlechtert und holte abends den Dr. E. hinzu.

Dieser fand, dass sich aus der Wunde an einzelnen kleinen etwa stecknadelkopfgrossen Stellen bei Druck auf die stark geschwollene und sehr empfindliche Umgebung Eiter spritzend entleerte. Von einem vorgefundenen Einstich sagt er nichts. Nachdem die Wunde gereinigt worden, verordnete er Karbolkompressen und Kaltwasserumschläge auf den Kopf. Das Allgemeinbefinden berührt der Arzt in seinem Berichte nicht.

Vom Montag früh erfahren wir von ihm, dass die Antworten etwas langsamer erfolgten, als in der Nacht, W. über Kopfschmerzen nicht klagte. Im Uebrigen erfahren wir wieder vom Allgemeinbefinden, namentlich dem Stand der Temperatur etc. nichts.

Am Montag sprach auch R., der am Sonntag nicht dagewesen, wieder mit vor, entfernte sich aber

alsbald wieder, nachdem er gehört, dass in der Nacht ein Arzt dagewesen und er dem W. Glück gewünscht hätte.

W. wurde am 15. Dezember nach dem Augustahospital geschafft.

Hier fand man die Wunde zum grössten Teil bereits geheilt, nur an einer Stelle die Ränder klaffend, bei Druck entleert sich Eiter, die Sonde trifft auf freiliegende bewegliche Knochen.

Ziemlich erhebliches Fieber, Bewusstsein ungetrübt. Die ganze Wunde wird am 17. Dezember wieder aufgemacht, ein 1 cm langes Knochenstück, welches nur lose an der Knochenhaut haftete, entfernt, und dabei festgestellt, dass von der Vorderfläche des Stirnbeins ein ca. zweimarkstückgrosses Knochenstück flach abgeschlagen war. Die sorgfältig gereinigte Wunde wurde wiederum genäht und verbunden. Sie heilte bis 22. Dezember vollkommen. Trotzdem bestand dauernd hohes Fieber.

In der Nacht vom 22. bis 23. Dezember fing Patient an, heftig zu delirieren und am 23. Dezember zeigte sich vollkommene Lähmung des linken Beines und starre Beugungsstellung des linken Ellbogen- und Handgelenks. Das Bewusstsein war nicht mehr klar, der Verletzte liess unter sich.

In der Annahme, dass ein Gehirnabscess vorliegt, wurde an der Stelle der Verletzung am 23. Dezember trepaniert.

Es fand sich aber kein Abscess, sondern die sichtbaren Hirnhäute im Zustande akuter Entzündung und starker Schwellung, wodurch gleichzeitig eine Verletzung

des Gehirns zu stande kam. Die Wunde verlief ohne jede Reaktion unter antiseptischem Verbande. Die Symptome der Hirnentzündung dauerten fort, der Kranke starb am 27. Dezember.

Gutachten.

Der Tod des W. erfolgte an eitriger Hirnhautentzündung. Diese war die Folge der Verletzung. Es sind in Bezug auf den Eintritt der Entzündung und den tötlichen Ausgang zwei Momente zu würdigen, nämlich die Behandlung, die der Verletzte vor seiner Aufnahme in das Hospital erlitten hat, und die Operation, der er unterworfen worden ist.

Die Behandlung, welche der W. vom Tage der Verletzung an erlitten hat, ist als eine in hohem Grade leichtsinnige zu bezeichnen, welche dem heutigen Stand der Wissenschaft nicht conform ist; eine regelmässige, namentliche antiseptisch Behandlung der Wunde hat garnicht stattgefunden, so dass schliesslich eine Eiterverhaltung sich ausbildete, die erst im Augustahospital beseitigt wurde.

Dass diese quasi Behandlung geeignet war, ein Fortschreiten der Entzündung zu bewirken, ist nicht in Abrede zu stellen, und sehr wahrscheinlich ist es auch, dass sie den tötlichen Ausgang verschuldete. Aber wenn gleich die neuere Chirurgie ein solches Vorkommnis verhindert, so nehme ich doch Anstand zu sagen, dass bei rechtzeitiger und zweckmässiger antiseptischer Behandlung mit Sicherheit das Eintreten der Hirnhautentzündung vermieden worden wäre.

Was die Operation betrifft, so hat die Obduktion gelehrt, dass dieselbe überflüssiger Weise unternommen worden ist, was auf einer unrichtigen Diagnose beruhte. Jedenfalls aber war die Hirnhautentzündung bereits vorhanden, als er operierte, und kann daher die Operation dieselbe nicht veranlasst haben.

Wenngleich nun die Behandlung vor Ueberführung in das Hospital eine ungeeignete, die Operation eine überflüssige war, so ist doch nicht erwiesen, das erstere die tötlich gewordene Hirnhautentzündung herbeigeführt, letztere das Eintreten des Todes beschleunigt hätte.

Selbst aber wenn die Behandlung das Eintreten der Hirnhautentzündung veranlasst oder begünstigt hätte, so würde doch immer der Tod die (mittelbare) Folge der Verletzung gewesen sein, da ohne diese eine Eiterverhaltung nicht stattgefunden hätte.

Demnach lautete das Schlussgutachten:

1. Dass der Tod des Studenten W. durch eitrige Hirnhautentzündung bedingt gewesen ist, und dass diese durch die im Duell am 9. Dezember 1879 erhaltene Stirnhiebwunde veranlasst worden ist.

2. Dass die Behandlung des Verletzten ausserhalb des Hospitals geeignet war, den tötlichen Ausgang herbeizuführen und wahrscheinlich herbeigeführt hat."

Das Urteil lautete auf Freispruch.

Dem Umstande, dass der sichere Kausalzusammenhang zwischen Behandlung und eingetretener Gesundheitsbeschädigung nur sehr schwer, in den meisten Fällen garnicht erbracht werden kann, ist es zu verdanken, das Anklagen wegen angeblicher Versehen bei der Be-

handlung Kranker so selten erhoben werden und noch seltener der Arzt bestraft wird.

Zum Schluss würde ich wünschen, dass sich alle Aerzte die Worte Mair's merken; „Wegen wirklicher oder scheinbarer Verfehlungen gegen die Regeln seiner Kunst nach der Meinung dieser oder jener Schule wird der Arzt nach dem Stande der gegenwärtigen Gesetzgebung nicht leicht in Anklagestand versetzt und noch weniger verurteilt werden, wenn nicht die Aerzte selbst als Sachverständige sich so gerne zu Staatsanwälten gegen ihre Berufsgenossen aufspielen würden".

Um zu zeigen, dass obige Ausführungen nicht nur rein theoretische Erwägungen sind, will ich einen Fall mitteilen, der bis dahin nicht veröffentlicht ist. „Am 20. März 1888 brach sich der Handwerksmeister X. durch Sturz von der Leiter den linken Unterschenkel dicht über den Knöcheln. An demselben Tage nahm der nun seit einigen Jahren verstorbene praktische Arzt Z. die Behandlung auf. Er verordnete zunächst Eisumschläge und legte am 22. März unter Beihilfe eines Kandidaten der Medizin einen Gipsverband an. Am 29. März verschrieb er Antifebrin. Am 31. März hatte sich oberhalb des Verbandes Geschwulst eingestellt und am 1. April nahm die Frau des Patienten am Verbande eine braune Stelle und einen üblen Geruch wahr. Sie öffnete die Stelle und derselben entquoll eine übelriechende Flüssigkeit. Am 4. April schlitzte der Arzt den Verband auf. In der Nähe des Knöchels zeigte sich eine talergrosse Wunde. Diese spülte Z. mit Karbol ab und legte auf sie Watte, welche offen in einer Schub-

lade des Patienten gelegen haben soll. Die Zuziehung eines Fachchirurgen lehnte Z. entschieden ab. Jetzt wurde am 4. April ein anderer Arzt dazu gezogen, der die Behandlung übernahm und einen Fachchirurgen zuzog. Dieser machte am 6. April tiefe Einschnitte, musste aber am 14. April die Amputation des Beines dicht über dem Knie vornehmen.

Die Prozessführung des Amputierten gegen Z. dauerte etwa 4 Jahre und endete mit der Verurteilung des Arztes. Es wurde ihm in der Anklage eine Reihe von Vorwürfen gemacht: Der Verband sei zu kurz gewesen; er hätte selbst zeitig Einschnitte machen sollen und sich dem Wunsche nach Zuziehung eines Fachchirurgen nicht widersetzen sollen. Ganz besonders Gewicht legte aber der Rechtsanwalt des Klägers darauf, dass Z. gewöhnliche Watte aus der Schublade auf die Wunde gelegt hatte. „Z.“, heisst es in dem Erkenntnis, „hat durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung des X. verursacht und zwar, in dem er zu der Aufmerksamkeit, welche er aus dem Auge setzte, vermöge seines Berufes besonders verpflichtet war.“ (Vergehen gegen § 230 des Strafgesetzbuches).

Das Urteil für den betreffenden Arzt fiel sehr hart aus. Er wurde zu 4 Wochen Gefängnis verurteilt, welche Strafe auf dem Gnadenwege in gleich lange Festungshaft umgewandelt wurde. Ferner wurde er zur Tragung der Prozesskosten — etwa 5000 Mark — und dazu verurteilt, dem X. jährlich eine Rente von 800 (achthundert) Mark zeitlebens in vier Raten zu 200 Mark pränumerando, gerechnet vom 20. Oktober 1888 zu zahlen.

Die Angehörigen des unglücklichen Arztes, der übrigens zu einer Zeit studiert hat, als von Antisepsis noch nichts bekannt war, zahlen die Rente noch heutigen Tages und die Gesamtkosten sollen 20000 Mark schon weit übersteigen. Wie leicht erklärlich, hatte auch die Praxis des verurteilten Arztes nach dem Prozess eine erhebliche Einbusse erlitten.“ (Mitgeteilt von Herrn Dr. Braatz).

Für die Anregung und hilfreiche Unterstützung bei Abfassung der Arbeit erlaube ich mir Herrn Dr. Braatz meinen ergebensten Dank zu sagen.

Litteratur.

1. v. Nussbaum, Leitfaden zur antiseptischen Wundbehandlung. III. Auflage, Stuttgart 1879.
2. v. Nussbaum, Einfluss der Antiseptik auf die gerichtliche Medizin. München 1880.
3. Davis, Die Prinzipien des antiseptischen Verbandes. Inaug.-Diss. Göttingen 1881.
4. Bumm, Antiseptik und Technik. Aerztlicher Central-Anzeiger 1898. No. 30.
5. Mundy, Das Jodoform als erster Verband im Kriege. Berliner klinische Wochenschrift 1882 No. 14.
6. Aerztliches Vereinsblatt 1885. No. 156.
7. Mayer, Die Antiseptik in der Geburtshilfe. Inaug.-Diss. Breslau 1888.
8. Ipscher, Der antiseptische Verband, Karbol und seine Ersatzmittel. Inaug.-Diss. Berlin 1885.
9. Odebrecht, Ueber die Grenzen der Aseptik gegen die Antiseptik. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Halle 1898.
10. Zinsmeister, Ueber Asepsis und Antisepsis in der Praxis. Wien 1896.
11. Gontermann, Experimentelle Untersuchungen über die Ab- oder Zunahme der Keime in einer accidentellen Wunde unter rein aseptischer trockner und antiseptischer feuchter Behandlung. Archiv für klinische Chirurgie. 70. Bd. II. Heft. Berlin 1903.

12. Mikulicz, Ueber einige Modifikationen des antiseptischen Verfahrens. Archiv für klinische Chirurgie. 31. Bd. III. Heft. Berlin 1884.
13. Mikulicz, Ueber die neuesten Bestrebungen, die aseptische Wundbehandlung zu vervollkommnen. Archiv für klinische Chirurgie. 57. Bd. II. Heft. Berlin 1898.
14. Landerer, Die Ursachen des Misslingens der Asepsis. Archiv für klinische Chirurgie. 57. Bd. II. Heft Berlin 1898.
15. Friedrich, Die aseptische Versorgung frischer Wunden. Archiv für klinische Chirurgie. 57. Bd. II. Heft. Berlin 1898.
16. Henle, Ueber Desinfektion frischer Wunden. Archiv für klinische Chirurgie. 49. Bd. IV. Heft Berlin 1895.
17. Lanz und Flach, Untersuchungen über die Sterilität aseptisch und antiseptisch behandelter Wunden unter aseptischen und antiseptischen Verbänden. Archiv für klinische Chirurgie. 44. Bd. IV. Heft Berlin 1892.
18. Schimmelbusch, Die Aufnahme bakterieller Keime von frischen blutenden Wunden. Deutsche med. Wochenschrift 1894 No. 28.
19. Riggenbach, Ueber den Keimgehalt accidenteller Wunden. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 47.
20. v. Bruns und Honsell, Ueber die Anwendung reiner Karbolsäure bei septischen Wunden und Eiterungsprozessen. Archiv für klinische Chirurgie 64.
21. Schultze, Ueber Lister's antiseptische Wundbehandlung. Sammlung klinischer Vorträge 1873 No. 52.
22. Küster, Ueber antiseptische Pulververbände. Berliner klinische Wochenschrift 1882 No. 14.

23. Braatz, Die Grundlagen der Aseptik. Stuttgart 1893.
24. Mair, Gerichtliche medizinische Kasuistik der Kunstfehler. II. Abteilung. Berlin 1893.
25. Hauser, Aus der gerichtsärztlichen Praxis. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. Berlin 1889.
26. Fuld, Die Vernachlässigung der Aseptik und Antiseptik als ärztlicher Kunstfehler. Zeitschrift für praktische Aerzte 1898 No. 13.
27. Dencke, Kritik der Beziehungen zwischen Antisepsis und ärztlicher Verantwortung vor Gericht. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. N. F. 45. Bd. I. Heft.
28. Die Antiseptik vor Gericht. Aerztliches Vereinsblatt. XIV. Jahrgang No. 154.
29. Oesterlen, Kunstfehler der Aerzte und Wundärzte. Maschka's Handbücher der gerichtlichen Medizin. III. Tübingen 1882.
30. Fink, Die Aenderung der Stellung des Chirurgen in gerichtsärztlicher Beziehung durch Einführung der antiseptischen Wundbehandlung. Inaug.-Diss. Heidelberg 1886.
31. Centrabllatt für Chirurgie 1880.
32. v. Wyrs, Die chirurgische Antisepsis und die gerichtliche Medizin. Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte XI. Jahrgang No. 2 u. 3.
33. Kühner, Giebt es Kunstfehler der Aerzte? Aerztlicher Central-Anzeiger. IX. Jahrgang No. 26.
34. Kühner, Die Kunstfehler der Aerzte vor dem Forum der Juristen. Frankfurt a. M. 1886.
35. Kühner, Der ärztliche Stand und dessen besondere Gefahren.
36. Kühner, Zur Würdigung kunstwidrigen Verfahrens. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. III. F. 6. Bd. I. Heft Berlin 1893.

37. Bunck, Zur Lehre von der Fahrlässigkeit im heutigen deutschen Strafrecht. Breslau 1885.
38. Falk, Zur Frage der strafrechtlichen Verfolgung von Kunstfehlern. Zeitschrift für Medizinalbeamte. I. Jahrgang No. 1.
39. Buchner, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin München 1872.
40. Casper-Liemann, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 8. Auflage 2 Bd. Berlin 1889.
41. Mitteilungen des Herrn Dr. Braatz.

Lebenslauf.

Ich, Karl Thews, wurde am 10. Januar 1876 in Borken, Kreis Ortelsburg, als Sohn des Volksschullehrers August Thews und seiner Frau Amalie geb. Kroll geboren. Den ersten Unterricht erhielt ich zu Hause und dann in der Stadtschule zu Passenheim. Von Ostern 1892 besuchte ich das Gymnasium zu Hohenstein Ostpr. und als dieses Ostern 1895 aufgelöst wurde das Kneiphöfische Gymnasium zu Königsberg i. Pr. und erhielt hier Michaelis 1898 das Zeugnis der Reife. Darauf bezog ich die Universität zu Königsberg i. Pr., um Medizin zu studieren. Im Sommersemester 1900 bestand ich die ärztliche Vorprüfung und erwarb mir nach bestandener Staatsprüfung am 13. Juni 1903 die Approbation als Arzt.

Während meiner Studienzeit hörte ich folgende Herren Dozenten:

S. Askanazy, Braatz, Braun, Bunge, Caspary, v. Eiselsberg, Falkenheim, Garrè, Gerber, Hallervorden, Hermann, Jaffe, Kuhnt, Lange, Lichtheim, Lossen, Luerssen, Mesehede, Neumann, Pape, Pfeiffer, Prutz, Rosinski, Samter, Schreiber, Stieda, Winter, Zander,

und sage ich Ihnen auch an dieser Stelle meinen ehrerbietigsten Dank.